#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 815

##### Ф.И.О: Собянина Оксана Михайловна

Год рождения: 1984

Место жительства: Запорожский р-н, пгт Кушугум ул. Прияружная 54/1

Место работы: СП Запорожская дистанция пути РФ Приднепровская Ж/д ЧАО «Укрзалізниця»

Находилась на лечении с 11.06.18 . по  25.06.18 в диаб. отд. (ОИТ 11.06.18-13.06.18)

Диагноз: Сахарный диабет, тип 1, тяжелая форма, лабильное течение со склонностью к гипогликемическим состояниям, ст. декомпенсации. Кетоацидотическое состояние I ст. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия верхних и нижних конечностей, сенсомоторная форма, сенсорноалгические нарушения. Диабетическая ангиопатия артерий н/к II-III ст. ХБП I ст. Диабетическая нефропатия III ст. Ангиопатия сетчатки ОИ. Метаболическая кардиомиопатия. С-м укороченного PQ. СН 0. Хр. пиелонефрит в ст. нестойкой ремиссии. Диффузный зоб I ст. Эутиреоидное состояние.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, выраженную общую слабость, вялость, боли в поясничной области, ухудшение зрения, боли , судороги, онемение и снижение чувствительности в руках и в ногах, головные боли, боли в области сердца, периодически отеки н/к. Состояние резко ухудшилось около недели назад после перенесенного психо-эмоционального стресса.

Краткий анамнез: СД выявлен в 2011г. в кетоацидотическом состоянии. Комы отрицает. С начала заболевания инсулинотерапия. Получала различные виды инсулина. С 2015 в связи с лабильным течением была переведена на Левемир, Новорапид. В наст. время принимает: Новорапид п/з-14 ед., п/о-10 ед., п/у- 14ед., Левемир 22.00 – 24 ед. Гликемия –4,0-10,0 ммоль/л. От11.06.18 -Глик. гемоглобин -6,5 %. Последнее стац. лечение в 07.2017г. С описанными жалобами обратилась на п/п, глюкоза крови- 13,9 ммоль/л, ацетон мочи 3+, ургентно госпитализирована в ОИТ в обл. энд. диспансера.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 11.06 | 151 | 4,5 | 5,9 | 15 | |  | | 1 | 1 | 72 | 24 | | 2 | | |
| 18.06 |  |  | 6,9 | 24 | |  | |  |  |  |  | |  | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 12.06 | 102 | 5,4 | 1,08 | 1,22 | 3,68 | | 3,5 | 2,7 | 68 | 11,4 | 2,9 | 1,3 | | 0,5 | 0,85 |

12.06.18 Амилаза – 33,0

11.06.18 Анализ крови на RW- отр

11.06.18 Гемогл –151 ; гематокр – 0,47 ; общ. белок –85 г/л; К – 3,49 ; Nа – 136 ммоль/л

12.06.188 АЧТЧ – 30,3 МНО 0,97 ПТИ 103 фибр 3,0

13.06.18 К – 4,5 ; Nа – 138 Са++ - С1 - ммоль/л

### 11.06.18 Общ. ан. мочи уд вес 1035 лейк –17-19 в п/зр белок – отр ацетон –2+; эпит. пл. -много ; эпит. перех. - много в п/зр, слизь+, бактерии +.

С 14.06.18 ацетон – отр

19.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -8500 эритр - белок – отр

12.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -2000 эритр - белок – отр

25.06.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -5000 эритр - белок – отр

##### 15.06.18 Микроальбуминурия – 336,4мг/сут

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 | 22.00 |
| 11.06 |  | 13,9 | 6,8 | 7,2 | 7,1 |
| 13.06 2.00-10,6 | 8,7 |  | 3,9 |  |  |
| 14.06 | 10,6 |  | 15,0 | 3,2 | 10,9 |
| 15.06 | 5,2 | 3,5 |  |  |  |
| 17.06 | 6,8 | 4,7 | 3,1 | 4,9 | 6,8 |
| 21.06 |  |  | 15,0 | 6,9 |  |
| 23.06 |  |  | 11,4 |  |  |

23.06.18 Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия верхних и нижних конечностей, сенсомоторная форма, сенсорноалгические нарушения Р-но: тиоктацид 600 3 мес, витаксон 1т 2р/д 1 мес, келтикан 1т 3р/д 1 мес

18.06.18 Окулист: Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Границы четкие. артерии немного сужены, , вены расширены, сосуды неравномерного калибра, извиты. В макулярной области без особенностей Д-з: Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ.

11.06.18 ЭКГ: ЧСС -75 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось не отклонена. С-м укороченного PQ.

21.06.18 5 станд проб ДАНС , выраженные изменения.

20.06.18 Кардиолог: Метаболическая кардиомиопатия. С-м укороченного PQ. Рек. кардиолога: кардонат 1т 2р/д 3 нед. Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

20.06.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к II –Ш ст. Рек: плетол 100 мг, ливостор 20 мг длительно.

18.06.18Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт. Хр. пиелонефрит, обострение? Острый аапендицит? острый аднексит справа? МКБ? Рек: «Д» наблюдение контроль ОАК, но-шпа 2т, УЗИ ОБП почек, забрюшинного пространства. ОМТ. Конс гинеколога, нефролога, уролога.

19.06.18 Уролог: Данных за МКБ нет имеет место хр. пиелонефрит в стадии неполной ремиссии. Болевой с-м, по всей видимости, вертеброгенного генеза. Рек: ОАМ, посев мочи, возможна а/б терапия только по результату посева мочи. уронефрон 1т 3р/д 1 мес 3р/год. конс вертебролога

147.06.18 Дупл сканирование артерий н/к: Эхопризнаки диаб ангиопатии, стенозируюющего атеросклеротического поражения со стенозом наружной ПА справа до 20%, ОБА справа на 25-30% с значительным снижением ЛСК в артериях левой стопы и левой ПББА.

19.06.18 УЗИ: Заключение: Эхопризнаки диффузных изменений в паренхиме печени по типу жировой дистрофии 1ст ; крючковидного изгиба и застоя в желчном пузыре, фиброзирования поджелудочной железы, функционального раздражения кишечника, нельзя исключить наличие микролитов в почках.

26.05.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =16,4 см3; лев. д. V =13,8 см3

Перешеек –0,89 см.

Щит. железа увеличена, контуры ровные. Эхогенность паренхимы снижена. Эхоструктура крупнозернистая, с единичными гидрофильными очагами до 0,35 см. Регионарные л/узлы не визуализируются. Закл.: Увеличение щит. железы. Умеренные диффузные изменения паренхимы.

Лечение: Новорапид, атоксил, щелочное питье, тивортин, Левемир, вазилип, цисто-аурин, вазонит, плестазол. Ксилат, реосорбилат ,калия хлорид, трисоль, глюкоза 5%, сода-буфер, диалипон, Дарроу, энтеросгель.

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, явления кетоацидоза купированы, гликемия в пределах целевых значений, гипергликемию 23.06.18 связывает с погрешностью в диете, отмечает уменьшение онемения в н/к., АД 120/80 мм рт. ст.. Боли в правой подвздошной области не отмечает, данных за острую хирургическую патологию нет. Пациент ознакомлен с постановлением КМУ 29.03.16 № 239 щодо «Перелiку хворих на цукровий дiабет для вiдшкодування вартостi препаратiв iнсулiну» Предупреждена о переводе на генно-инженерные виды инсулина при неудовлетворительной компенсации.( гл. гемоглобин более 7,5%)

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 9,0 ммоль/л НвА1с < 7,0%
4. Инсулинотерапия: Новорапид п/з-10-12 ед., п/о-12-14 ед., п/уж -10-12 ед., Левемир 22.00 24-26 ед.
5. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 3 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
6. Гиполипидемическая терапия: аторвастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
7. вазонит 1т.\*2 р. 1 мес..
8. С нефропротекторной целью: эналаприл 2,5 мг утром. Контр. АД.
9. ЭХОКС в плановом порядке. конс кардиолога по м/ж. Кардоант 1т 2р/д 3 нед.
10. Продолжить Цистоаурин 1т 4р/д 2 нед, затем 1т 2р/д 2 нед. посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам. Контроль СОЭ в динамике по м/ж, наблюдение семейного врача.
11. УЗИ ОМТ в плановом порядке, конс. гинеколога.
12. Плестазол 100 мг 1т 1р/д длительно, келтикан 1т 3р/д 1 мес , витаксон 1т. \*2р/д. 1 мес.,
13. УЗИ щит. железы, ТТГ 1р. в год. Йодная профилактика - употребление в пищу йодированной соли и продуктов содержащих йод.
14. Б/л серия. АДЛ № 177589 с 11.06.18 . по 25.06.18 к труду 26.06.18

Леч. врач Севумян К.Ю.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Нач. мед. Карпенко И.В.